Zur Klinik der
foudroyanten Pleuritis bei Scarlatina.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 4. August 1892

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Hugo Stettiner

prakt. Arzt

aus Königsberg i. Pr.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. G. Joachimsthal, pr. Arzt.
- Dr. med. W. Menke, pr. Arzt.
- Dd. med. M. Weinrich.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seiner Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535713_0012

Unter den acuten Infectionskrankheiten nimmt in Bezug auf Unberechenbarkeit der Prognose das Scharlachfieber eine der ersten Stellen ein. Vom ersten Augenblicke der Erkrankung an bis in das späte Reconvalescentenstadium hinein drohen dem Opfer der Krankheit nach den verschiedensten Richtungen Gefahren; und die Schnelligkeit, mit der fast alle Complicationen gerade bei der Scarlatina sich entwickeln und eine Verderben bringende Höhe erreichen können, ist geeignet, eine eben noch gute Prognose in kurzer Zeit auf das Traurigste zu wandeln.

Die Mannigfaltigkeit der Scharlachcomplicationen im Verein mit der Schnelligkeit ihrer Entstehung verlangt naturgemäss eine besondere Aufmerksamkeit des behandelnden Arztes, und wie bei wenigen bedarf es bei diesem Leiden der dauernden Controlirung aller Organsysteme.

In Bezug auf die Complicationen von Seiten des Respirationsapparates hat man seit Langem das Scharlachfieber in einen gewissen Gegensatz zu den Masern gebracht, bei welchen die in den Athmungsorganen sich abspielenden entzündlichen Processe fraglos die erste Stelle unter den Complicationen einnehmen. Alle neueren Beobachter stimmen aber doch darin überein, dass man die Seltenheit der Betheiligung auch der tieferen Luftwege bei der Scarlatina früher bedeutend überschätzt hat, und dass Bronchitiden, Bronchopneumonien und Pleuritiden gar nicht so seltene Begleiter der Scarlatina sind.

Hier nehmen wohl die erste und wichtigste Stelle die entzündlichen Erkrankungen der Pleura ein.

Pleuritis kann bei Scarlatina in den verschiedensten Stadien der Krankheit auftreten, einmal als unmittelbare Complication, zweitens im Gefolge des Morbus Brightii, eine Form, welche uns hier weniger interessirt. Dass jene durch den Scharlacherreger selbst hervorgerufen werde, kann, so lange über die Natur desselben Nichts bekannt ist, nicht bewiesen werden, ist aber im höchsten Grade wahrscheinlich. In den eitrigen Exsudaten sind meist Streptokokken gefunden worden (18), deren Bedeutung als Träger der Secundärinfection bei Scharlach durch die Untersuchungen von Fraenkel und Freudenberg (4) klar gelegt ist. Auch in den beiden von mir beobachteten Fällen, deren Krankengeschichten weiter unten gegeben werden, wurden in dem sero-purulenten, beziehungsweise eitrigen Exsudate unter dem Mikroskope die typischen kettenförmigen Bilder des Streptococcus pyogenes nachgewiesen.

Die Häufigkeit der Pleuritis bei Scharlach, welche nach den Angaben von Fürbringer (5) und Hesselbarth (8) etwa 5 % beträgt, wird durch die Neigung des Scharlachprocesses, die serösen Häute überhaupt in Mitleidenschaft zu ziehen, erklärt, welche sich in einer so grossen Anzahl der Fälle durch Affectionen von Gelenkmembranen kundgiebt. Wie nun die Synovitis scarlatinosa bald sich nur durch Schmerzen in den Gelenken, ohne dass sich objectiv palpable Anomalien nachweisen lassen, zu erkennen giebt, bald zu serösen, bald zu eitrigen Exsudaten in den Gelenkhöhlen führt, ebenso verhält es sich bei der Pleuritis scarlatinosa. So giebt Henoch (7) an, dass man bei der Section von Scharlachfällen bisweilen entzündliche Erkrankungen an der Pleura finde, von welchen man während des Lebens keine Ahnung gehabt habe, weil sie entweder latent verlaufen

oder doch ihre Symptome so geringe gewesen seien, dass sie durch andere verdeckt werden konnten. Und diesen Fällen stehen andere gegenüber, in denen die Pleuritis durch ihre stürmische Entwickelung und die Heftigkeit ihrer Erscheinungen das ganze Krankheitsbild beherrscht. Kommt jener ersten Form der Erkrankung naturgemäss nur eine untergeordnete Bedeutung zu, so ist die genaue Erkenntniss der letzteren von der grössten Wichtigkeit.

Das Exsudat, welches sie setzt, ist, wie bereits erwähnt, bald ein seröses, bald ein sero-purulentes oder rein eitriges, und zwar ist nach den übereinstimmenden Angaben der meisten Forscher das letztere der häufigere Fall. Hesselbarth (8) konnte in dem ihm zur Verfügung stehenden Material ein Ueberwiegen der eitrigen Pleuritiden nicht constatiren. Der Erguss findet in der Regel einseitig statt. Die betreffende Lunge ist bald intact, bald, und dies dürfte wohl der häufigere Fall sein, spielen sich in ihr bronchitische und bronchopneumonische Processe ab, während die croupöse Pneumonie eine sehr seltene Complication des Scharlachfiebers ist.

Wie auch Fürbringer (5) in einzelnen Scharlach-Epidemien ein ganz auffallendes Hervordrängen gerade der Symptome von Seiten der Athmungsorgane beobachtet hat, so melden dessgleichen Vogel (15) und Rilliet und Barthez (11), dass sie in verschiedenen Epidemien besonders viel Pleuritiden beobachtet haben.

Ein grosser Theil der Beobachter kann in dem Verlaufe der Pleuritis scarlatinosa keinen Unterschied von dem der betreffenden Primärerkrankung erblicken. In den Lehrbüchern von Eichhorst (3), Jürgensen (9) und Strümpell (12) wird der Pleuritis als Scharlachcomplication nur ganz kurze Erwähnung gethan. Ebenso geht von Ziemssen in seinem Vortrage zur Pathologie und Therapie des Scharlachs (17) über dieselbe hinweg.

Thomas (13) in von Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie bemerkt ausdrücklich, dass sich Dauer und Ausgänge der Scharlachpleuritis wie bei der betreffenden primären Erkrankungsform verhalten. Und auch Henoch (7) beschränkt sich in seinen Vorlesungen darauf, ihre Häufigkeit und ihren meist purulenten Charakter hervorzuheben.

Diesen Angaben stehen die Aeusserungen anderer Forscher gegenüber, welche in der Schnelligkeit, mit der sich ein grosses Exsudat anzusammeln pflegt, eine Eigenthümlichkeit der Pleuritis scarlatinosa erblicken. Bohn (2) in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten deutet dies nur kurz an. Gerhardt (6) registrirt in seinem Lehrbuche die Thatsache, dass den meisten Beobachtern ein rasches Steigen des Exsudates aufgefallen sei. Baginsky (1) hebt das unscheinbare Entstehen der mächtigen Exsudate hervor. Auch Rilliet und Barthez (11) fügen in der neuesten Auflage ihres grossen Werkes im Gegensatz zu den früheren, nachdem sie auf die Schwere der Scharlachpleuritis aufmerksam gemacht haben, hinzu: „Elle (la Pleurésie) se signale en outre par l'abondance de son épanchement et sa rapidité à se former." Desgleichen betont bereits Mayr-Hebra (10) in Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, die Scharlachpleuritis habe das Eigenthümliche, dass sie sich „mit überraschender Schnelligkeit" entwickele. Ebenso weist Fürbringer (5) in seinem in Eulenburg's Realencyklopädie (II. Aufl.) erschienenen Aufsatze über Scharlach auf diese Eigenart der Scharlachpleuritis hin, welche ein schnelles Eingreifen des Arztes verlange. Auch macht er darauf aufmerksam, dass gerade hier die Differentialdiagnose zwischen Pleuritis und Pneumonie Schwierigkeiten bereiten könne.

So mag es denn gerechtfertigt sein, bei dieser sowohl in diagnostischer, als in therapeutischer Hinsicht

wichtigen Eigenthümlichkeit der Pleuritis scarlatinosa etwas länger zu verweilen und sie durch neues casuistisches Material zu illustriren. Ich folge hier einer Anregung des Hrn. Professor Fürbringer, über drei auf der inneren Abtheilung des Städtischen allgemeinen Krankenhauses im Friedrichshain (Pavillon für Infectionskrankheiten) in den letzten Jahren zur Beobachtung gekommene Fälle zu berichten, von denen ich zwei selber mitbeobachten konnte — Fälle, welche jenen foudroyanten Charakter der Pleuritis scarlatinosa in deutlichster Weise vor Augen führen.

I.

In dem ersten Falle handelte es sich um den fünfjährigen Adolf L. Patient, welcher ein kräftiger Knabe von seinem Alter entsprechender Grösse in gutem Ernährungszustande war, hatte bisher noch keine der acuten Infectionskrankheiten durchgemacht, sollte dagegen bereits zwei Mal Lungenentzündung überstanden haben. Am 7. II. 1888 erkrankte Patient unter Fiebererscheinungen mit Kopf- und Halsschmerzen. Noch an demselben Tage zeigte sich an Hals, Brust und Rücken ein charakteristisches Scharlachexanthem. Am folgenden Tage, dem 8. II., hatte sich das Exanthem über den ganzen Körper verbreitet. Die Temperatur war hoch, betrug im Rectum zwischen 39,0 und 40,0° C. Der Puls war beschleunigt (130 Schläge in der Minute), seine Spannung war eine ziemlich gute. Das Allgemeinbefinden war dem hohen Fieber entsprechend alterirt. Die Rachenschleimhant, sowie die Tonsillen zeigten sich stark geröthet und geschwollen. Es bestanden keine Beläge. Einem geringen Husten entsprachen geringfügige bronchitische Erscheinungen über den hinteren untersten Partien beider Lungen, über welchen die Percussion innerhalb normaler Grenzen reinen Lungenschall

ergab. Herz und Abdominalorgane liessen bei der physikalischen Untersuchung keine Veränderungen erkennen.

Gegen Abend wurden die Erscheinungen von Seiten des Respirationsapparates heftigere, der Husten wurde stärker. Es stellten sich Athembeschwerden ein, welche am folgenden Tage, dem 9. II., einen noch höheren Grad erreicht hatten. Die Untersuchung der Lungen ergab nunmehr über der ganzen linken hinteren Thoraxhälfte gedämpften Schall. Die Dämpfung nahm von der Mitte der Scapula nach abwärts an Intensität zu, fiel nach vorne zu schräg ab. Man hörte über der ganzen linken Thoraxhälfte bronchiales Athmungsgeräusch, begleitet von feinblasigen Rasselgeräuschen. Rechts hörte man scharfes vesiculäres Athmungsgeräusch, begleitet von Giemen und Schnurren und, namentlich über den hinteren unteren Partien, ziemlich zahlreichen mittelgrossblasigen bis feinblasigen Rasselgeräuschen. Die Temperatur war hoch, fast 40,0°. Der Puls sehr beschleunigt, 150, nur mässig gespannt. Nachdem durch die links hinten unten vorgenommene Probepunction der Pleura die Anwesenheit eines in beträchtlicher Dicke vorhandenen serösen, kaum getrübten Exsudates bestätigt war, wurde sogleich zur Punction der Pleura geschritten, welche mit Hülfe des von Fürbringer angegebenen Troikarts gemacht wurde. Es wurde etwa $^1/_2$ Liter einer serösen, nur leicht getrübten, Flüssigkeit entleert. Nach der Punction hob sich der Puls, die Athemnoth liess nach. L. H. U. bestand noch Dämpfung, während sich der Schall oben aufgehellt hatte. Unten hörte man bronchiates, von feinblasigen Rasselgeräuschen begleitetes Athmungsgeräusch, oben unbestimmtes, mehr dem vesiculären Charakter sich nähernden, von mittelgrossblasigen Rasselgeräuschen begleitet.

Am folgenden Tage war die Dämpfung wieder eher

etwas gestiegen, der Zustand sonst im Wesentlichen unverändert. Das Exanthem war verblasst, und begann die Haut bereits leicht zu schuppen. Auch die Röthung der Rachenschleimhaut war bereits fast ganz geschwunden. Am 11. II. zeigte sich, dass das Exsudat noch weiter angestiegen war, so dass jetzt wieder über der ganzen linken Thoraxhälfte gedämpfter Percussionsschall vorhanden war. Vorne ging die Dämpfung in die Herzdämpfung über. Das Herz selber war etwas nach rechts verdrängt. Dementsprechend hatte der kleine Patient wiederum hohe Athemnoth. Die Temperatur betrug 39,9°. Der Puls war sehr beschleunigt (160 Schläge in der Minute). Seine Beschaffenheit liess viel zu wünschen übrig. Patient erhielt daher zweistündlich $^1/_2$ Campherspritze subcutan, wonach der Puls sich etwas verlangsamte und kräftiger wurde. Patient lag völlig apathisch da und nahm nur schlecht Nahrung zu sich. Am 12. II. wurde zum zweiten Male die Punction der Pleurahöhle vorgenommen und wiederum etwa $^1/_2$ Liter Flüssigkeit entleert. Dieselbe war mehr getrübt, als das erste Mal. Nach der Punction erholte Patient sich sichtlich. Die vorher cyanotische Färbung der Lippen liess nach, die Athemnoth wurde eine geringere. Die Temperatur betrug 39,5. Der Puls war nicht mehr so hochgradig beschleunigt (140 Schläge in der Minute). Auch war er bedeutend kräftiger. Ebenso war das Allgemeinbefinden ein besseres. Patient nahm gerne Nahrung zu sich. Eine weitere Besserung in dem Befinden trat am 13. II. auf. Die Temperatur schwankte zwischen 38,3 und 39,3. Der Puls (132—136) war von guter Spannung. L. H. U. bestand noch eine geringe Dämpfung. Die Athmung war noch angestrengt und beschleunigt, aber bedeutend ruhiger als in den Tagen vorher. Der Husten war gering. Am 14. II. war bei unverändertem Allgemeinbefinden die Dämpfung wieder etwas gestiegen, und am

15. II. herrschte wiederum über der ganzen linken Thoraxhälfte gedämpfter Schall. Nach vorn fiel die Dämpfung in schräger Linie ab. Die Athemnoth war wiederum eine hochgradige. Die Temperatur betrug 39,4°. Der Puls (140) war von nur mässiger Spannung. Nachdem durch Probepunction festgestellt war, dass es sich um ein seropurulentes Exsudat handelte, wurde Patient sofort nach der chirurgischen Station verlegt.

Hierselbst wurde sogleich im sechsten Intercostalraum in der Scapularlinie ein Incision gemacht und, nachdem eine bedeutende Menge serös-eitriger Flüssigkeit entleert, ein Drainrohr in die Pleurahöhle eingeführt und dieselbe mit Thymollösung ausgespült, worauf ein antiseptischer Verband angelegt wurde. Am folgenden Tage, dem 16. II., zeigte sich beim Verbandwechsel eine ziemlich starke Durchtränkung des alten Verbandes. Es wurde eine Thymolausspülung vorgenommen und ein neuer Verband angelegt. Das Kind war sehr matt, die Dyspnoe noch ziemlich stark. Das Fieber war gering, der Puls frequent (128), aber ziemlich kräftig. Der Verband wurde nunmehr täglich erneuert. Die Temperatur schwankte zwischen 38,0 und 39,0°. Indess begann sich der kleine Patient bereits zu erholen. Er erhielt Dec. Chin. c. vino rubro. Am 22. II. konnte das Drainrohr entfernt werden, da die Secretion nur noch eine minimale. Seit dem 25. II. war Patient fieberfrei, wie sein Allgemeinbefinden überhaupt dauernde Fortschritte zur Besserung machte. Seitdem traten nur noch an einzelnen Tagen ganz leichte Temperatursteigerungen ein. Der Verband wurde nunmehr nur noch jeden dritten Tag erneuert. Die Wunde begann sich zu reinigen. Die Secretion war eine geringe. Am 14. III. konnte Patient das Bett verlassen. Sein Kräftezustand hatte unterdessen schon bedeutende Fortschritte gemacht. Es bestanden keine Klagen. Temperatur war dauernd nor-

mal. Urin dauernd frei von Albumen. Die Wunde wurde mit Salbe verbunden. Am 23. III. war dieselbe ohne Fistelbildung geheilt. Ueber den Lungen bestand L. H. U. noch gedämpfter Schall. Das Athmungsgeräusch war hier etwas scharf und von leichtem Giemen begleitet. Ueber allen anderen Lungenpartien herrschte das gewöhnliche puerile Athmungsgeräusch ohne Nebengeräusche. Patient konnte am 23. III., nach einem Krankenlager von über sechs Wochen, als geheilt entlassen werden.

II.

Anamnese: Patient ist der sechsjährige Johann Sk. Seine Eltern gehörten zu jenen Unglücklichen, welche die Ungunst der Verhältnisse in ihrem Heimathlande Russland dazu veranlasst, das Glück in fremdem Lande zu suchen, und deren bedauernswerthes Schicksal nun noch durch Krankheit eines ihrer Kinder vermehrt wurde. Bei der völligen Unkenntniss der deutschen Sprache war es nicht möglich, irgend welche anamnestische Daten zu erhalten. Der Knabe wurde am 12. IV. 1892 aus dem Städtischen Asyl für Obdachlose, wo er am Tage vorher acut erkrankt war, in das Krankenhaus geschickt.

Die körperliche Untersuchung des Patienten nach seiner Aufnahme am Vormittage des genannten Tages, ergab Folgendes:

Patient ist ein gracil gebauter Knabe in mässigem Ernährungszustande. Er macht einen ziemlich unruhigen, etwas ängstlichen Eindruck. Auf der linken Wange und an der Nase befinden sich mehrere Herpesbläschen. Im Uebrigen zeigen sich am Körper keine Exantheme oder Oedeme. Die Temperatur ist hochgradig fieberhaft, beträgt im Rectum 39,5° C. Der Puls ist regelmässig, beschleunigt (126 Schläge in der Minute), von mässig kräftiger Beschaffenheit. Der ganze Krankheitszustand

macht den Eindruck, als ob es sich um eine Infection handele, so dass Patient sogleich isolirt wird. Patient ist der deutschen Sprache nicht mächtig, so dass seine scheinbaren Klagen nicht verstanden werden. Die Zunge ist trocken, gelbweiss belegt; ihre Ränder sind geröthet. Ebenso zeigen sich die Mundschleimhaut, die Nasenschleimhaut und die Tonsillen geröthet und geschwollen. Kein Belag. Die Untersuchung der Lungen ergiebt innerhalb normaler Grenzen reinen Lungenschall. Das Athmungsgeräusch hat überall den scharfen puerilen Charakter und ist über den beiderseitigen hinteren unteren Partien von reichlichem Giemen und Schnurren und mässig zahlreichen, mittelgrossblasigen und grossblasigen Rasselgeräuschen begleitet. Die Athmung ist eine leicht beschleunigte (es erfolgen etwa 26 Athemzüge in der Minute), nicht angestrengte. Der Husten ist gering. Die Herzdämpfung ist nicht vergrössert, die Herztöne sind rein, die Herzaction ist eine regelmässige. Abdomen leicht meteoristisch aufgetrieben. Die Percussion ergiebt keine abnorme Dämpfungsverhältnisse. Leber und Milz von normaler Grösse. Der Stuhl ist angehalten. Der Urin enthält keine pathologischen Bestandtheile

Nachmittags zeigt sich am Halse, auf Brust und Rücken ein deutliches Scharlachexanthem. Auch das Gesicht zeigt sich geröthet, während die Nase und Umgebung des Mundes auffallend blass erscheinen. Die Temperatur ist auf 40 ° C. gestiegen, der Puls (132) unverändert. Die Athmung ist mehr beschleunigt, etwas angestrengt. Die bronchitischen Erscheinungen sind etwas heftiger.

Am 13. IV. zeigt sich nach einer unruhigen Nacht das Allgemeinbefinden noch mehr mitgenommen. Patient wirft sich unruhig im Bette umher. Es treten choreaartige Bewegungen der Gesichtsmusculatur, in geringerem Maasse auch der Extremitäten auf. Temperatur

hoch, 40,2° C. im Rectum. Puls 132, regelmässig, ziemlich kräftig. Die Respiration ist beschleunigt, erfolgt 36 Mal in der Minute. Sie ist angestrengt. Es besteht Nasenflügelathmen. Das Exanthem ist über den ganzen Körper verbreitet. Die Inspection der Rachenschleimhaut ergiebt keine Veränderungen. Die Untersuchung der Lungen ergiebt rechts hinten unten eine etwa drei querfingerbreite Dämpfung. Man hört hierselbst bronchiales Athmungsgeräusch, begleitet von kleinblasigen Rasselgeräuschen. Auch links hinten unten hat das Athmungsgeräusch einen dem bronchialen sich nähernden Charakter und ist von mittelgrossblasigen bis kleinblasigen Rasselgeräuschen begleitet. Eine Prüfung des Pectoralfremitus ist nicht möglich, da Patient weder zum Schreien noch zum Sprechen zu bewegen ist. Der Bauch ist noch meteoristisch aufgetrieben. Es erfolgt heute eine normale Stuhlentleerung. Die Behandlung besteht in täglichen Bädern, Darreichung von Wein und Milch. Ausserdem erhält Patient einen hydropathischen Umschlag um die Brust. Nachmittags ist das Befinden ziemlich unverändert. Die Temperatur beträgt 39,5°C. Der Puls (132) ist mässig kräftig.

14. IV. In der Nacht war Patient wieder sehr unruhig. Heute ist sein Sensorium leicht benommen. Patient liegt ziemlich apathisch da. Die Choreabewegungen haben nachgelassen und es treten nur noch hin und wieder Zuckungen der Gesichtsmusculatur auf. Die Temperatur beträgt 40,4° C. Der Puls ist regelmässig. Es erfolgen 136 Schläge in der Minute. Seine Spannung ist eine verhältnissmässig gute. Die Respiration ist eine hochgradig angestrengte (40 Athemzüge in der Minute), Nasenflügelathmen und leichte Einziehungen. Bei Betrachtung des Thorax fällt auf, dass die Einziehungen rechts geringer, dass die rechte Thoraxseite etwas vorgewölbt ist und bei der Athmung etwas

nachschleppt. Die Percussion ergiebt rechts hinten Dämpfung bis zur Spina scapulae nach aufwärts, auch oberhalb derselben ist der Schall matt, dessgleichen in den Seitenpartien. Man hört über der ganzen rechten Thoraxhälfte bronchiales Athmungsgeräusch und stellenweise deutliches Knisterrasseln. Vorn geht die Dämpfung in die Herzdämpfung über, ohne dass sich eine wesentliche Verlagerung derselben nach links constatiren lässt. Auch links hinten hört man, während eine Dämpfung nicht zu constatiren ist, stellenweise deutliches bronchiales Athmungsgeräusch, begleitet von kleinblasigem Rasseln. Das Abdomen ist weniger aufgetrieben. Nach Eingiessung erfolgt normale Stuhlentleerung. Im Laufe des Nachmittags steigern sich noch die Athembeschwerden. Am Abend ist die Vorwölbung der rechten Thoraxpartien noch eine deutlichere. Nachdem durch eine rechts hinten in der Scapularlinie im sechsten Intercostalraum vorgenommene Probepunction das Vorhandensein eines in ziemlicher Dicke vorhandenen stark getrübten Fluidums nachgewiesen, wird sofort an derselben Stelle mit Hülfe des Fürbringer'schen Troikarts die Punction der Pleura vorgenommen und es werden etwa 350 ccm einer ziemlich rein eitrigen Flüssigkeit entleert. Nach der Punction ist die Athmung, wenn auch noch angestrengt, so doch ruhiger. Der Puls (144) ist mässig kräftig. Auch Patient selbst macht nicht mehr einen so benommenen Eindruck und ist nicht mehr so unruhig. Die Untersuchung der Lungen ergiebt nach der Punction eine noch etwa zwei querfingerbreite Dämpfung. Man hört lautes bronchiales Athmungsgeräusch, begleitet von feinblasigem Rasseln.

15. IV. Das Befinden des Patienten ist ein ungleich besseres. Er hat in der Nacht ruhig geschlafen. Auch heute zeigt er nicht mehr die grosse Unruhe. Die Choreabewegungen haben völlig aufgehört. Das Sen-

sorium ist frei. Das Exanthem steht noch auf der Höhe. Die Rachenschleimhaut zeigt sich stark geröthet und geschwollen. Kein Belag. Die Temperatur ist etwas gesunken (39,1° C.), der Puls (132—140) ist ziemlich kräftig. Patient nimmt gut Wein und Milch zu sich. Die physikalischen Erscheinungen über den Lungen sind im Wesentlichen unverändert. Das Abdomen ist nicht mehr aufgetrieben, der Stuhl normal; Urin enthält kein Albumen.

16. IV. Das Exanthem beginnt abzublassen. Hier und da ist bereits eine leichte Schuppung der Haut bemerkbar. Die Rachenschleimhaut ist noch stark geröthet. Die Submaxillardrüsen sind leicht geschwollen. Die Temperatur ist wieder gestiegen, beträgt 40,2° C., der Puls ist sehr beschleunigt, zeitweise 160, von nur mässiger Beschaffenheit. Auch die Athemnoth ist wieder eine stärkere. Die Untersuchung der Lungen ergiebt ein erneutes Ansteigen der Dämpfung bis fast zur Spina scapulae. Das bronchiale, von feinblasigen Rasselgeräuschen begleitete Athemgeräusch ist nicht mehr so laut, scheint mehr aus der Tiefe zu kommen. Durch eine Probepunction wird bestätigt, dass sich das eitrige Exsudat wieder in grösserer Menge angesammelt hat.

17. IV. Die Nacht war eine mässige. Heute hat Patient wieder starke Dyspnoe. Die Temperatur beträgt 39,8, der Puls (156) ist nur mässig gespannt. Nachdem durch erneute Probepunction das gestrige Ergebniss bestätigt, wird unter antiseptischen Cautelen in der Scapularlinie im siebenten Intercostalraum eine etwa 3 cm grosse Incision durch Haut und Musculatur gemacht, hierauf ein der Dicke der nachher einzuführenden Canüle entsprechender Bauchtroikart in die Pleurahöhle eingestossen und sodann die von Fürbringer angegebene Canüle eingeführt. Durch allmähliches Senken des Rückens werden nunmehr etwa 300 ccm eitriger Flüssig-

keit entleert. Nach Ausspülung der Pleurahöhle mit schwacher Salicylsäurelösung, zu deren Zwecke ein Y-artiges Ansatzrohr auf die Canüle gesetzt wird, wird, nachdem die Flüssigkeit fast klar abfliesst und die Canüle durch ein um die Brust geschlungenes Band ähnlich der Trachealcanüle befestigt ist, ein antiseptischer Verband angelegt. Um den durch die Canüle gesetzten Hustenreiz zu mildern, erhält Patient $^1/_2$ mg Morphium subcutan. Danach wird Patient ruhiger. Die Athmung ist noch angestrengt, der Puls frequent. Die Temperatur steigt gegen Abend auf 40,6° C., um zur Nacht, nachdem Patient noch 1 mg Morphium erhalten, abzufallen.

18. IV. Patient hat in der Nacht ziemlich viel gehustet, sonst ruhig geschlafen. Heute ist sein Befinden ein nur mässiges. Die Temperatur beträgt um 9 Uhr 39,5, um 12 Uhr 38,5, der Puls (144) ist nur mässig gespannt. Beim Verbandwechsel zeigt sich der alte Verband nur wenig durchtränkt. Es wird eine erneute Ausspülung der Pleurahöhle mit Salicylsäurelösung vorgenommen und dann nach Reinigung der Canüle ein neuer Verband angelegt. Nach Anlegung desselben um $11^1/_2$ Uhr Vormittags erhält Patient wiederum 1 mg Morphium subcutan. Im Laufe des Tages tritt eine Verschlechterung des Zustandes ein. Patient ist sehr unruhig, wirft sich im Bette umher. Das Sensorium ist benommen. Patient lässt Urin und Stuhl unter sich. Die Temperatur steigt um 3 Uhr auf 40°, um 6 Uhr auf 40,3°, beträgt Abends 9 Uhr 38,9° C. Der Puls (164 – 172) ist sehr klein, Patient erhält am Nachmittage stündlich eine halbe Campherspritze subcutan, worauf sich der Puls etwas hebt.

19. IV. Patient hat in der Nacht sehr unruhig geschlafen. Auch heute hält die Unruhe an. Die Temperatur pendelt um 40,0° C. herum, der Puls ist sehr

frequent, kaum fühlbar. Es besteht starker Hustenreiz, starke Dyspnoe. Das Sensorium ist wie am Tage vorher benommen. Patient nimmt nur schlecht Nahrung zu sich. Beim Verbandwechsel zeigt sich eine ziemlich geringe Secretion und auch bei der Ausspülung zeigt sich die Flüssigkeit nur wenig getrübt. Patient erhält um 9 Uhr Vormittags, um 5 Uhr Nachmittags und um 12 Uhr Nachts je 1 Milligramm Morphium subcutan, wonach etwas Beruhigung eintritt.

20. IV. In dem Befinden des kleinen Patienten ist keine wesentliche Aenderung eingetreten. Er wirft sich unruhig im Bette umher. Das Sensorium ist benommen. Der Kräftezustand ein schlechter. Die Temperatur beträgt um 9 Uhr 40,1°, um 12 Uhr 40,9°, später fällt sie etwas ab. Puls 160—180 lässt viel zu wünschen übrig. Respiration nach wie vor frequent und angestrengt. Es besteht ziemlich starker Hustenreiz. Beim Verbandwechsel zeigen sich dieselben Verhältnisse wie gestern. Patient erhält um 5 Uhr Morgens, um 1½ und 6 Uhr Nachmittags und um 10 Uhr Abends je 1 Milligramm Morphium.

21. IV. Die Nacht war trotz des Morphiums eine unruhige. Heute liegt Patient völlig apathisch da. Temperatur 39,5. Puls kaum fühlbar. Cyanotische Färbung der Lippen. Respiration sehr frequent. Noch am Vormittage tritt der Exitus letalis ein.

Die Section, welche vom Assistenzarzt Hrn. Dr. Speyer vorgenommen wurde, ergab folgenden Befund, den ich dem Sectionsprotocoll gemäss wiedergebe.

In der Bauchhöhle kein fremder Inhalt. Därme in normaler Lage. Serosa glatt, spiegelnd. Herz frei im Herzbeutel, schlaff, blass. Linker Ventrikel dilatirt. Klappen zart. Linke Lunge frei in der Brusthöhle, luftarm, mässig blutreich, durchsetzt von zahlreichen bronchopneumonischen Herden. Bronchien geröthet, mit

schleimig-eitrigen Secreten bedeckt. Rechte Lunge: In der Pleurahöhle keine Flüssigkeit mehr. Pleura dick eitrig belegt. Unterlappen durch Confluenz der in der ganzen Lunge vorhandenen stecknadelkopfgrossen und grösseren stark prominirenden grau-weissen Infiltrationsherde völlig luftleer. Milz etwas vergrössert, derb. Auf der Schnittfläche Malpighi'sche Körperchen nicht erkennbar. Schnittfläche getrübt, hellbraun. Nieren gross, verdickt. Oberfläche glatt, Kapsel leicht abziehbar. Auf der Schnittfläche Rinde verbreitert, getrübt. Leber blass mit grossen anämischen Flecken. Rachenschleimhaut stark geröthet. Tonsillen geschwollen. Kehlkopfeingang, sowie Schleimhaut der Trachea geröthet. Kein Belag.

Diagnose: Empyema dextrum. Bronchopneumonia duplex. Dilatatio ventriculi sinistri cordis. Nephritis parenchymatosa.

III.

Patientin ist die vierjährige Else Sch.

Anamnese: Patientin, deren Eltern leben und gesund sind, ist stets scrophulös gewesen und hat wiederholt Ausschläge gehabt. Sie hat bisher noch keine der acuten Infectionskrankheiten durchgemacht. Wenige Tage vor Aufnahme in das Städtische Krankenhaus im Friedrichshain, welche am 31. III. 1892 erfolgte, erkrankte Patientin unter leichten Fiebererscheinungen. Es stellten sich Augenschmerzen, Husten und Schnupfen ein. Am 1. IV. trat ein typisches Masernexanthem auf, welches am 2. IV. seinen Höhepunkt erreicht hatte. Auch das Fieber erreichte an diesem Tage seinen Höhepunkt (40,5° C. im Rectum), um dann mit dem Verblassen des Exanthems abzufallen. Ueber den Lungen herrschten mässig hochgradige bronchitische Erscheinungen. Am 5. IV. betrug die Morgentemperatur 37,5.

Das Exanthem war fast völlig verblasst, nur am Rücken waren noch Spuren desselben wahrzunehmen. Von diesem Tage an wurde der Husten stärker und mit der Zunahme desselben begann auch wieder die Temperatur zu steigen, welche am 7. IV. die Höhe von 41,2° C. erreichte, ein Höhepunkt, auf welchem sich Krampf der Mm. pterygoïdei einstellte. Es wurden beiderseitige Bronchopneumonien durch die physikalische Untersuchung festgestellt. Die Behandlung bestand in Anspritzungsbädern. An den beiden folgenden Tagen, dem 8. und 9. IV., trat eine geringe Besserung in dem Befinden ein. Das Zähneknirschen hatte sich nicht mehr wiederholt. Die Temperatur schwankte zwischen 39,0 und 40,0° C.

Die körperliche Untersuchung am 10. IV ergab folgenden Befund.

Patientin ist ein Mädchen von seinem Alter entsprechender Grösse in nur mässigem Ernährungszustande. Keine Oedeme, keine Exantheme. Auf Rücken und Brust leichte kleienförmige Schuppung. Die Temperatur ist fieberhaft erhöht, beträgt im Rectum 39,0. Der Puls ist regelmässig, beschleunigt (136 Schläge in der Minute) von mässig kräftiger Beschaffenheit. Die Rachenschleimhaut und die Tonsillen sind diffus stark geröthet und geschwollen. Kein Belag. Leichte Schluckbeschwerden. Die Untersuchung der Lungen ergiebt beiderseits hinten unten deutliches bronchiales Athmungsgeräusch, begleitet von feinblasigem klingenden Rasseln. Eine deutliche Dämpfung des Percussionsschalles ist nicht zu constatiren. Dagegen besteht beiderseits Bronchophonie. Die beiden Thoraxhälften betheiligen sich an der Athmung ziemlich gleichmässig. Die Athmung selbst ist sehr beschleunigt — es erfolgen 40 Athemzüge in der Minute — angestrengt. Herzdämpfung nicht vergrössert. Herztöne rein. Herzaction regelmässig. Abdominalorgane

lassen keine Veränderungen erkennen. Stuhl etwas dünn. Urin lässt Patientin unter sich.

Am Nachmittage zeigt Patientin am Hals, auf Brust und Rücken ein deutlich ausgesprochenes Scharlachexanthem. Die Temperatur ist auf 40,7° gestiegen. Der Puls (110) ist nur mässig gespannt. Die Erscheinungen von Seiten des Respirationsapparates sind dieselben, wie am Vormittage.

11. IV. Das Exanthem ist über den ganzen Körper verbreitet. Die Temperatur ist anhaltend hoch (39,4 bis 40,3°). Der Puls (152—164) ist unverändert. Die kleine Patientin hat hochgradige Athemnoth (Nasenflügelathmen, Einziehungen). Die Untersuchung der Lungen ergiebt rechts hinten unten eine etwa drei querfingerbreite Dämpfung. Eine deutliche Abschwächung des Athmungsgeräusches und Pectoralfremitus ist nicht zu erkennen. Die Rachenschleimhaut ist noch stark geröthet. Die Submaxillardrüsen sind leicht geschwollen. Patientin hat diarrhoische Stühle.

12. IV. Patientin ist in der Nacht sehr unruhig gewesen. Temperatur, Puls und Respiration sind unverändert. Ueber der rechten hinteren Thoraxhälfte besteht von der Spina scapulae nach abwärts Dämpfung. Die rechte Thoraxhälfte ist deutlich vorgewölbt, schleppt bei der Athmung nach. Die dyspnoischen Einziehungen sind links heftiger als rechts. Pectoralfremitus und Bronchophonie rechts geringer als links. Das Athmungsgeräusch hat bronchialen Charakter und ist von feinblasigen klingenden Rasselgeräuschen begleitet. Links hört man ebenfalls bronchiales, von feinblasigem Rasseln begleitetes Athmungsgeräusch.

Im Laufe des Tages nimmt die Athemnoth hochgradig zu. Der Puls ist beschleunigt (172—180 Schläge in der Minute), nur wenig gespannt. Lippen cyanotisch. Ueber der ganzen rechten Thoraxhälfte

besteht Dämpfung. Man hört abgeschwächtes bronchiales Athmungsgeräusch. Herz kaum nach links verdrängt. Spitzenstoss wenig nach aussen von der Mamillarlinie im fünften Intercostalraum fühl- und sichtbar. Leberdämpfung überragt den Rippenbogen um Fingerbreite. Nachdem durch eine rechts hinten in der Scapularlinie im sechsten Interrostalraume vorgenommene Probepunction die Anwesenheit eines ziemlich trüben Exsudates bestätigt, wird sofort zur Punction der Pleura geschritten. Es werden etwa 500 ccm einer seropurulenten Flüssigkeit entleert. Die Athemnoth lässt danach etwas nach. Es besteht nicht mehr die hochgradige Cyanose. Der Puls ist noch sehr klein, und erhält Patientin daher stündlich eine halbe Campherspritze subcutan.

13. IV. Das Exanthem ist im Verblassen. Die Temperatur ist unverändert hoch, der Puls sehr frequent, trotz weiterer Campherinjectionen klein. Die Respiration ist eine hochgradig beschleunigte, sehr angestrengte. Es bestehen starke Einziehungen. Patientin schluckt nicht mehr. Ueber der ganzen rechten Thoraxhälfte ist der Schall gedämpft. Man hört über derselben bronchiales Athmungsgeräuch fast ohne Nebengeräusche. Auch links hinten unten ist der Percussionsschall matt. Das Athmungsgeräusch ist bronchial und von klingendem feinblasigem Rasseln begleitet. Die cyanotische Färbung des Gesichtes und die Athemnoth nehmen im Laufe des Tages noch zu. Gegen Abend tritt der Exitus letalis ein.

Sectionsprotocoll (Dr. Speyer):

In der Bauchhöhle kein fremder Inhalt. Därme, mässig gebläht, in normaler Lage. Herz, frei im Herzbeutel, etwas blass. Musculatur ziemlich derb, rothbraun. Endocard ohne Veränderungen. Die Klappen sämmtlich roth, hämorrhagisch verfärbt. Linke Lunge

frei im Brustfellraum. Die Lunge voluminös. Pleura überall spiegelnd, von bläulich rother Farbe, einzelne hellgraue, ziemlich scharf abgegrenzte Herde, welche sich derb anfühlen, durchscheinen lassend. Auf dem Durchschnitte zeigt sich die sonst lufthaltige und sehr blutreiche Lunge von zahlreichen helleren, meist linsengrossen, über der Schnittfläche prominirenden Herden durchsetzt, aus welchen sich auf Druck eitriges Secret entleert. Letzteres befindet sich auch in den kleinsten Bronchien. Die Schleimhaut der grossen Bronchien geröthet, mit schleimig-eitrigem Secrete in geringer Menge bedeckt. In der rechten Pleurahöhle etwa 300 ccm grauer (lehmfarbener) trüber Flüssigkeit. Die Lunge nach oben und innen gedrängt, etwas comprimirt von ganz hellgrauer Oberfläche. Consistenz des Parenchyms ziemlich derb. Im Unterlappen, welcher fast völlig luftleer ist, lassen sich auf der rothgrauen Schnittfläche noch einzelne etwas prominirende gelbrothe Herde erkennen. Die meisten sind confluirt. Auf Druck entleert sich braunrothes eitriges Secret aus den kleinsten Bronchien und Infiltrationsherden. Der Unterlappen sinkt im Wasser unter, der Oberlappen schwimmt, ist jedoch auch luftarm (Compression). Die costale Pleura rechterseits ist mit leichten grünen Auflagerungen bedeckt.

Milz, von normaler Grösse, etwas dick, blauroth, blutreich, derb. Nieren geschwollen. Kapsel leicht abziehbar. Oberfläche glatt, hellbraun-roth. Auf dem Durchschnitte zeigt sich die Rinde breit, ihre Zeichnung ziemlich verwischt. Diffuse Gelbfärbung. Leber auffallend blassbraun. Schnittfläche trübe, ohne erkennbare Zeichnung der Acini. Das Messer beschlägt beim Durchschneiden. Rachenschleimhaut geröthet. Epiglottis bräunlich verfärbt, ebenso die Schleimhaut des Kehlkopfes und der Trachea (durch Speisereste).

Diagnose: Bronchopneumonia duplex. Pleuritis exsudativa seropurulenta dextra. Nephritis parenchymatosa. Hepar adiposum.

Der zuletzt berichtete Fall nimmt insofern eine Sonderstellung ein, als die kleine Patientin, kurz bevor sie an Scharlach erkrankte, Masern überstanden hatte und in dem Augenblicke, da die Scharlachinfection zum Ausbruche kam, bereits an doppelseitiger Bronchopneumonie litt. Bei Auftreten der Pleuritis indess beherrschte die Scharlachinfection so sehr das Krankheitsbild, dass man dieselbe wohl als eine Scharlachcomplication auffassen muss, wenn natürlich auch durch die Masernpneumonie eine erhöhte Prädisposition für eine derartige Complication gegeben ist. Muss man durch eine solche doch überhaupt die Thatsache zu erklären suchen, warum in einer Reihe von Scharlachfällen der Respirationsapparat in Mitleidenschaft gezogen wird, in einer anderen Reihe verschont bleibt. Auch in dem an erster Stelle wiedergegebenen Falle scheint eine solche Prädisposition für Erkrankungen des Respirationsapparates bestanden zu haben. Hatte doch der fünfjährige Patient bereits zwei Mal, bevor er an Scharlach erkrankte, den anamnestischen Daten gemäss Lungenentzündung durchgemacht. Im Uebrigen dürfte den ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten nicht viel hinzuzufügen sein. Fall II. war zunächst complicirt durch Erscheinungen von Seiten des Abdomens, Symptome, die man wohl als Folge einer peritonitischen Reizung aufzufassen hat, ohne dass es zu einem entzündlichen Processe gekommen war, dessen Fehlen ja auch die Section ergiebt. Eine zweite Complication waren die Choreabewegungen, welche Patient namentlich am zweiten Krankheitstage zeigte. Durch den Mangel einer Anamnese lässt sich nicht feststellen, ob Patient bereits früher an Chorea ge-

litten, was wohl anzunehmen ist. Im anderen Falle wären die Erscheinungen als eine Folge der Schwere der Infection zu erklären. Dass diese in dem betreffenden Falle eine sehr hochgradige war, zeigte sich bereits bei Aufnahme des Patienten, und sie ist es wohl auch im Wesentlichen, welche den schnellen Exitus herbeigeführt hat. Jedenfalls ist derselbe nicht durch das Empyem als solches herbeigeführt. Denn aus der Section ergiebt sich, dass dasselbe bereits Tendenz zur Heilung zeigte. Das übrige Sectionsergebniss bietet abgesehen von den ausgebreiteten bronchopneumonischen Processen und der Dilatation des linken Ventrikels, ebenfalls ein Zeichen der Schwere der Infection, keine Besonderheiten dar.

Auf die Verhältnisse des Respirationsapparates im Falle III wird noch weiter unten näher eingegangen.

Allen drei Fällen gemeinsam und unser Sonderinteresse beanspruchend ist die Entwickelung der Pleuritis, welche in einem Zeitraume von 24 Stunden ein mächtiges, die Lunge hochgradig comprimirendes Exsudat setzte. In allen drei Fällen entwickelte sich die Pleuritis auf der Höhe des Exanthems am zweiten, bezw. dritten Krankheitstage. In allen drei Fällen hatte das Exsudat einen purulenten Charakter und in allen drei Fällen waren gleichzeitig bronchopneumonische Processe in der Lunge vorhanden. Auffallend war, dass die Verschiebung der Organe trotz des bedeutenden Exsudates sich in mässigen Grenzen hielt.

Die Schnelligkeit der Entwickelung, die hochgradige Compression der Lunge ohne wesentliche Verschiebung der Nachbarorgane, das gleichzeitige Bestehen von Bronchopneumonieen, Alles trägt dazu bei, die Diagnose der Pleuritis bei Abgang der Probepunction wesentlich zu erschweren. Muss schon die Schnelligkeit, mit der sich die Symptome entwickeln, eher den Gedanken an eine

pneumonische Affection wachrufen, so wird auch die physikalische Untersuchung in einer Anzahl von Fällen den auftauchenden Zweifel, ob Pneumonie, ob Pleuritis vorhanden, nicht beseitigen. v. Ziemssen hat in seinem Buche über Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter (16) eine Erklärung dafür gegeben, wesshalb sich die physikalischen Erscheinungen der Pleuritis bei Kindern anders gestalten, als bei Erwachsenen. Der Grund liegt in der Kleinheit des kindlichen Thorax. Selbst bei bedeutenden die Lunge stark comprimirenden Exsudaten ist die Menge der Flüssigkeit zwischen Lunge und auscultirendem Ohre keine so bedeutende, dass sie ein Aufheben des Athmungsgeräusches herbeiführen könnte. „Die Consonanzerscheinungen bestehen unverändert fort.“ Man hört trotz des bedeutenden Exsudates lautes bronchiales Athmungsgeräusch. Dass die Fortleitung des trachealen Athmungsgeräusches bei einer gleichzeitig bestehenden bronchopneumonischen Infiltration noch eine bessere sein muss, als bei einer blossen Compression der Lunge, liegt auf der Hand. Durch die hierbei auftretenden feinblasigen Rasselgeräusche wird der Befund dem der reinen pneumonischen Affection noch ähnlicher. Nichts kann diese Erörterungen deutlicher erläutern, als der Sectionsbefund des Falles III. Die rechte Lunge, deren Unterlappen durch Confluenz bronchopneumonischer Herde völlig luftleer geworden, deren Oberlappen durch Compression ebenfalls fast völlig luftleer, war nur durch eine verhältnissmässig dünne Schicht (300 ccm) von der Thoraxwand getrennt. Wird nun in einem solchen Falle die Luft mit Gewalt, der hochgradigen Dyspnoe entsprechend, in die Trachea und die grösseren Bronchien getrieben, so findet das hierdurch erzeugte Geräusch in der fast luftleeren Lunge einen vorzüglichen Schallleiter, welcher das Athmungsgeräusch, durch die geringe Exsudatmenge nur wenig abgeschwächt, dem

auscultirenden Ohre übermittelt. Wesentlich denselben Bedingungen sind Bronchophomie und Pectoralfremitus unterworfen. Indess wird sich hier viel leichter ein Unterschied zwischen den beiden Seiten nachweisen lassen. Erheblich erschwert wird noch die Diagnose, wenn, wie in Fall II, eine Prüfung dieser beiden Symptome nicht möglich ist. Auch der Percussionsschall, welcher bei einem Exsudate matter ist, als bei einer pneumonischen Infiltration, lässt sich bei Kindern nur schwer als differentialdiagnostische Stütze verwenden. Eher käme hier noch das Widerstandsgefühl, das sich bei palpatorischer Percussion darbietet, in Betracht. Das Hauptaugenmerk hat man jedenfalls der Inspection des Thorax zuzuwenden. Die durch ein Exsudat bedingte Vorwölbung der hinteren Thoraxpartien nimmt meist bedeutendere Dimensionen ein, als bei Pneumonie. Auch fallen die dyspnoischen Einziehungen auf der Seite eines Exsudates relativ geringer aus, als bei einer pneumonischen Affection.

Selbstverständlich wird jeder Zweifel durch die Probepunction beseitigt, welche, unter antiseptischen Cautelen vorgenommen, bekanntlich ohne jede Gefahr ist. Durch sie werden wir auch über die Art des Exsudates und, indem wir die Nadel langsam unter successiver Aspiration vorschieben, über die Dicke der Flüssigkeitsschicht aufgeklärt.

Ueber die praktische Tragweite der Kenntniss der rapiden Entwicklung der Scharlachpleuritis kann kein Zweifel bestehen. Wie manches Scharlachkind mag dem Erstickungstode in Folge von Scharlachpleuritis erlegen sein, ohne dass der Umgebung eine Ahnung von der Eigenart der Todesursache gekommen!

Den Werth der verschiedenen Operationsmethoden zur Entleerung des Exsudates auseinanderzusetzen, ist hier nicht der Ort. Nicht immer wird dasselbe von

solcher Hartnäckigkeit sein, sich mit gleicher Schnelligkeit immer wieder ergänzen, wie in Fall I. So erwähnt Henoch (7) eines Falles, in dem nach einmaliger Punction bei Scharlachempyem Heilung eintrat. In Fall II wurde die Fürbringer'sche Canüle angewandt, über deren Vortheile bei Kindern er auf dem IX. Congress für innere Medicin in Wien berichtet hat (14). Neben der localen Behandlung wird natürlich die allgemeine diätetische nicht ausser Acht gelassen werden dürfen.

Was die Prognose betrifft, so zeigt der günstige Ausgang von Fall I, dass man auch bei den schwersten Symptomen die Hoffnung nicht aufgeben darf. Auf die Schwere der Infection in Fall II ist bereits hingewiesen, ebenso darauf, dass in Fall III ganz besondere Umstände vorlagen, da Patientin bereits bei Ausbruch der Scharlachinfection an schwerer Masern-Pneumonie litt. In den Fällen, in welchen die Lunge selber intact, dürfte sich die Prognose günstiger gestalten. So sagt Fürbringer (5), in dessen Statistik auch unser erster Fall einbegriffen war, dass das mechanische Eingreifen einen meist dankenswerthen Erfolg habe. Andere halten dagegen die Prognose für eine verhältnissmässig ungünstige. v. Ziemssen (16) sah von 11 Scharlachpleuritiden mit grossen Exsudaten sechs erliegen. Meines Erachtens dürfte von der Prognose der Pleuritis scarlatinosa dasselbe gelten, was Henoch (7) von der Pneumonie sagt: „Die Prognose wird durch die begleitenden Erscheinungen, vor Allem durch den Zustand der Herzkraft bedingt."

Es bleibt mir noch die angenehme Pflicht, dem Med.-Rath Hrn. Prof. Dr. Fürbringer für die Anregung zur Behandlung dieses Themas, für die gütige Ueberlassung des Materials und für die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Baginsky: Lehrbuch der Kinderkrankheiten 1889.
2. Bohn: Scharlach in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten II, 1877.
3. Eichhorst: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie 1885.
4. Fraenkel u. Freudenberg: Ueber Secundärinfection bei Scharlach. Centralbl. für klin. Medicin 1885, No. 45.
5. Fürbringer: Scharlach in Eulenburg's Realencyklopädie der gesammten Heilkunde II. Aufl., 1889.
6. Gerhardt: Lehrbuch der Kinderkrankheiten 1881.
7. Henoch: Vorlesungen über Kinderkrankheiten 1892.
8. Hesselbarth: Beitrag zur Kenntniss der malignen Complicationen von Scarlatina. Archiv für Kinderheilkunde V, 1884.
9. Juergensen: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie 1886.
10. Mayr-Hebra: Scharlach in Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie III, 1860.
11. Rilliet et Barthez: Traité clinique et pratique des maladies des enfants 1884—1891.
12. Strümpell: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie 1887.
13. Thomas: Scharlach in v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie II, 1874.
14. Verhandlungen des IX. Congresses für innere Medicin in Wien (1890).
15. Vogel: Lehrbuch der Kinderkrankheiten 1870.
16. v. Ziemssen: Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter. 1862.
17. v. Ziemssen: Zur Pathologie und Therapie des Scharlachs. Klin. Vortr. 1888, No. 14.
18. v. Ziemssen: Aetiologie der Pleuritis. Klin. Vortr. 1884, No. 15.

Thesen.

I.

Die Punctio abdominis bei Lebercirrhose ist nicht erst als ultimum refugium, sondern so lange der Umfang des Ascites noch ein mässiger ist, anzuwenden.

II.

Die Kenntniss der Eigenart der Pleuritis scarlatinosa ist von grosser Wichtigkeit.

III.

Der Besuch von Cursen, zur Uebung in den physikalischen Untersuchungsmethoden bei Kindern, ist für die Ausbildung des Arztes wünschenswerth.

Lebenslauf.

Verfasser, Hugo Stettiner, mosaischer Religion, Sohn des verstorbenen Banquiers Moritz Stettiner und der Frau Charlotte, geb. Schwarzschild, wurde am 2. September 1867 in Königsberg i. Pr. geboren. Seine Schulbildung erhielt er bis October 1883 auf dem Altstädtischen Gymnasium daselbst, dann in Berlin auf dem Kgl. Wilhelms-Gymnasium, welches er Ostern 1885 mit dem Zeugnisse der Reife verliess. Er widmete sich auf der Friedrich-Wilhelms-universität hierselbst dem Studium der Medicin, bestand 1887 die ärztliche Vorprüfung, am 14. Juli 1890 das Tentamen medicum, am 29. Juli 1890 das Examen rigorosum. In dem Prüfungsjahre 1890/91 absolvirte er das Staatsexamen. Seit dem 1. Februar d. J. ist er als Volontärarzt auf der inneren Abtheilung des Städtischen allgemeinen Krankenhauses im Friedrichshain thätig.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Curse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

v. Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Christiani (†), Eichler(†), Fräntzel, Gerhardt, Gusserow, Hartmann, Henoch, Hertwig, Hirsch, v. Hofmann (†), O. Israël, Koch, Küster, Lassar, Leyden, Liebreich, Martin, Mendel, Olshausen, Renvers, Schulze, Schweigger, Senator, Silex, R. Virchow, Waldeyer, Winter.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.